Rok L. Kraków, dnia 7. października 1911. Nr 40.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O wzniecaniu poronienia ze wskazań lekarskich.

Podał

W. Bylicki.

(Referat w sekcyi ginekologicznej XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w dniu 20. lipca 1911).

(Dokończenie).

Zanim jednak wydamy stanowczy nasz sąd o konieczności przerwania ciąży z tego wskazania, musimy najprzód udowodnić, że przyczyną nieuleczalnych wymiotów jest wyłącznie ciąża, a nie choroby żołądkowe (nieżyt, wrzód okrągły, rak) i stwierdzić przedmiotowo ich zgubny wpływ na ustrój.

Musimy zatem stwierdzić niemożebność zatrzymania spożytych pokarmów, szybką utratę wagi, zmizernienie znaczne, często znacznie przyspieszone tętno i niekiedy stan podgorączkowy. Jeżeli w dodatku rozbiór moczu wykaże obecność acetonu lub co gorzej i kwasu aceto-octowego, wówczas już za dużośmy czasu stracili a sprawa gwałtownie domaga się przerwania ciąży. Zbyt długie próby uleczenia innymi sposobami mogą mieć najzgubniejsze skutki, mianowicie śmierć pomimo wzniecenia poronienia.

II. Wskazania względne wypływają z chorób poza sferą części płciowych występujących, od ciąży niezależnych, najczęściej już przed ciążą istniejących, w których niebezpieczeństwo wikłającej je ciąży na razie nie istnieje, lecz może być wywołane albo dalszem trwaniem ciąży lub porodem lub po porodzie, przez znaczne pogorszenie choroby. Tu zatem mamy do czynienia już z pojęciem bardzo szerokiem wskazań względnych, dających najszersze pole do dyskusyi. Z góry bowiem podnieść należy, że żadna z chorób, które wymienimy, przez to jedynie, że jej ciąża towarzyszy, sama przez się nie stanowi wskazania do wzniecenia poronienia. Każdy zatem przypadek z osobna musi być oceniony według wyników ścisłego badania przedmiotowego. Tu zatem istnieje szerokie pole do zapatrywań indywidualnych. A ogólnikowo możemy powiedzieć, że lepszym jest ten lekarz, który się rzadziej decyduje na wzniecenie poronienia. Indywidualnym bowiem sposobom patrzenia takie tu pole zostawiono, że niekiedy granica pomiędzy leczniczem a karygodnem wznieceniem poronienia może się nieznacznie zacierać, tem bardziej, że tu nie mamy do czynienia z jasno określonemi sytuacyami, lecz z ewentualnościami.

Ostre choroby gorączkowe tu nie wchodzą w grę, gdyż w chorobach zakaźnych często poronienie samo następuje, a wzniecenie go nie wpływa na ich przebieg.

1. Gruźlica płuc należy do najczęstszych wskazań ze wszystkich, gdyż należy do najczęstszych chorób. Kto poczynił w swej praktyce tego rodzaju doświadczenia, że wobec braku wszelkich zmian gruźliczych, bezpośrednio po połogu rozwinęły się suchoty galopujące albo się do zmian już istniejących przyłączyły lub wystąpiło zapalenie opon mózgowych lub, w przypadku wyleczonej względnie gruźlicy płuc, w połogu wystąpiła gruźlica jelit, ten może dojść co do gruźlicy, jako wskazania do wzniecenia poronienia do krańcowych zapatrywań.

Najogólniej jednak sprawę tę traktując, musimy tu podnieść, że chudnięcie osób gruźliczych w ciąży jeszcze nie jest samo przez się rozstrzygającem, gdy tak często widzimy kobiety, szczególnie bardzo młode ze zdrowemi zupełnie płucami, bardzo znacznie chudnące aż do dnia ciąży.

Same zmiany gruźlicze nie postępujące w płucach nie stanowią wskazania do przerwania ciąży. Ale gorączkowanie, czyli codzienne wzniesienia ciepłoty, uważane jest za najwybitniejszy objaw, domagający się poronienia.

Kobiety, które przebyły kiedyś jakąkolwiek sprawę gruźliczą płuc, pragną bardzo często na to konto pozbyć się ciąży i chcą wmówić w lekarza konieczność tego. Od działania też pod takim wpływem lekarz strzedz się powinien przez gruntowne, przedmiotowe badanie, mierzenie przez kilka lub kilkanaście dni ciepłoty ciała i ważenie. Za wskazanie bezwzględne do przerwania ciąży uchodzi gruźlica krtani.

2. Choroby serca, mianowicie wady zastawkowe, o wiele rzadziej dają powód do wzniecenia poronienia, albowiem wiemy, że wobec wad zastawkowych wyrównanych, ciąża i poród przebiegają najczęściej pomyślnie. Wskazanie zaś do wzniecenia poronienia może nastąpić w braku wyrównania, objawiającym się dusznością, sinicą, znacznymi obrzękami kończyn dolnych, puchliną brzuszną, a szczególnie, gdy istnieje powikłanie z chorobą nerek.

3. Choroby nerek w okresach późniejszych z wielką ilością białka w moczu, wysiękami surowiczymi i zapaleniem siatkówki stanowią wskazanie prawie bezwzględne. Że i w cięższych przypadkach, przez bardzo troskliwe leczenie kliniczne ciężarnych, stale leżących, można nieraz doprowadzić ciążę do końca 8-go miesiąca, o tem mamy wiadomości szczególnie z kliniki w Tybindze.

4. Psychozy samorodne, występujące dopiero w ciąży

pod postacią melancholii, mają to do siebie, że chora czuje, z powodu oczekiwanego porodu tak chorobliwie przesadny lęk, że bardzo często gotowa jest pozbawić się życia, aby uciec od tego lęku, dominującego nad całą sferą myślową. Bardzo to przychodzi łatwo powiedzieć, że taka chora powinna ciążę przebyć w zakładzie dla chorób umysłowych, gdzie ją od samobójstwa ochronią. Ale czy to nie jest, jak słusznie Friedmann podnosi, okrucieństwem pozostawienie takiej chorej z jej okropnemi myślami przez jakie 6 miesięcy, a ja dodam, czy to nie jest również okrucieństwem i ze względu na rodzinę?

Czyżby tu odrazu wszystkiego nie zakończyło pomyślnie wzniecenie poronienia?

Jaką w takich przypadkach trzeba zachowywać ostrożność, miałem dowód w swej praktyce temu lat kilkanaście. Wojskowy wysokiej rangi, D., przyszedł do mnie z listem od kolegi z tej samej miejscowości, aby u jego żony wzniecić poronienie z powodu psychozy w ciąży. Bez widzenia chorej zaproponowałem panu D. naradę z kolegą psychiatrą nazajutrz, którą naznaczyliśmy na godzinę 12 w południe. Tymczasem już o 8 rano zgłosił się do mnie pan D. i pierwsze słowa jakiemi mię przywitał, były: »już się stało«. Co się stało, pytam i otrzymuję odpowiedź, że chora wyskoczyła z drugiego piętra na trotuar i, że w łóżku oczekuje mojego przybycia. Przybywszy na miejsce zastałem ją zupełnie przytomną, zapewniającą męża, że się to już nigdy nie powtórzy, a najdokładniejsze badanie oprócz ranki broczącej na prawej skroni nie wykazało żadnego obrażenia. Po kilkunastudniowem leżeniu pani D. powróciła do Przemyśla i urodziła, we właściwym terminie, zdrowe dziecko.

5. Pląsawicę uważają niektórzy autorowie także za wskazanie, jeżeli zaburzenia w kojarzeniu ruchów są tak gwałtowne, że przeszkadzają przyjmowaniu pokarmów.

6. Niedokrwistość złośliwa, postępująca może dopuszczać próbę uleczenia przez przerwanie ciąży (Gusserow).

Wyjątkowo mogą tworzyć wskazania: 1. Ślinotok w ciąży bardzo znaczny w połączeniu z wymiotami (Döderlein). 2. Wole naczyniowe, ostro występujące, zagrażające życiu przez wzrastanie szybkie (W. A. Freund). 3. Kiła (lues florida) wobec choroby Basedowa (Fritsch). 4. Żółtaczka ciężka, zapalenie nerwów (polyneuritis) białaczka i cukrzyca. 5. Ostry przerost sutków (hypertrophia mammarum), które mogą przybrać ogromne rozmiary (Porro).

III. Znacznego stopnia ścieśnienie miednicy było przed 30 jeszcze laty jednem z ważnych wskazań do wzniecenia poronienia. Chodziło tu o miednice ze sprzężną wchodu od 6 cm począwszy, a wykonywano przerwanie ciąży z tego powodu, aby nie stawiać matki wobec konieczności cięcia cesarskiego, którego śmiertelność wynosiła 90%.

Ale na tem samem stanowisku musimy stać i dzisiaj, jeżeli kobieta ciężarna, pomimo naszego wpływu na nią, aby z końcem ciąży poddała się cięciu cesarskiemu, w żaden sposób na to zgodzić się nie chce. Nie mamy bowiem prawa domagać się, aby chora wybrała koniecznie bądź co bądź dla niej bardzo ciężką operacyę, zamiast zupełnie łatwego, na żadne niebezpieczeństwo nie narażającego sposobu przerwania ciąży.

W końcu podnieść należy, że wobec każdego z wymienionych wskazań względnych, veto ze strony kobiety ciężarnej jest w ostatniej instancyi rozstrzygające. Bywają bowiem kobiety, i to na ich korzyść podnieść należy, które dla potomstwa są gotowe życie swoje w wysokim stopniu narazić.

W końcu niepodobna mi tu pominąć pewnego ruchu, który objawił się ostatniemi laty w celu rozszerzenia wskazań do wywołania poronienia i w przypadkach, w których domagają się tego względy społeczne. Zwolennicy bowiem tego podnoszą tę okoliczność, że w przypadkach ciąż, z nielegalnego stosunku wynikających, utrata czci, chęć utrzymania tajemnicy, często niemożebność zwierzenia się komukolwiek i wszystkie względy towarzyskie są tak silnymi czynnikami, że kobiety pozostające pod ich ciężarem, znajdują się pod działaniem »urazu psychicznego«, który je nieraz popycha do samobójstwa. Aby zatem uleczyć je z tego stanu i uniknąć jego skutków zwolennicy rozszerzenia wskazań, doradzają w tych przypadkach wzniecenie poronienia.

Wobec tych prądów zdaje mi się, że dopóki nasze poglądy etyczne nie zmienią się, nie podobna nam stać na innem stanowisku, jak na czysto lekarskiem i powiedzieć sobie, że na poronienie ze względów społecznych w nauce miejsca niema.

Technika wzniecenia poronienia.

Dawniej bywały w użyciu rozmaite środki wewnętrzne, z których wiele dotychczas jeszcze same ciężarne używają, np. sporysz, pilocarpina, sawina, (fr. sabinae), chinina, olejek terpentynowy, kantarydy, jodek potasowy, fosfor, aloes. Są to środki zupełnie nieskuteczne i niebezpieczne nawet z powodu zatruć, pochodzących z przesadnie dużych dawek.

Podobnie najczęściej nieskuteczne są kąpiele gorące, pełne i nasiadowe i gorące wstrzykiwania.

Środka zatem poronnego pewnego i nieszkodliwego, nie posiadamy. A gdyby środek taki się znalazł, byłby on iście darem Danaów.

Sposoby, których my używamy są dwojakie. Albo rozszerzenie szyi macicznej i usunięcie jaja płodowego przez opróżnienie macicy, wyskrobanie jej treści, co najlepiej wykonać w ciąży 1—2 miesięcznej, lub też rozszerzenie szyi i tamponowanie jamy i szyi macicy gazą w celu wywołania bólów, poczem pozostawienie poronienia siłom macicy. Tak postępujemy, gdy ciąża jest późniejszą niż 8 tygodniową.

A teraz pozostaje nam jeszcze omówić stronę etyczną tej sprawy. Gdy stoimy wobec wskazań bezwzględnych, mamy do wyboru albo śmierć obu istot, matki i dziecka, lub tylko dziecka. Tu też nasze działanie żadnej nam wątpliwości nie pozostawia i pomijamy z czystem sumieniem względy prawne i zakazy Kościoła, które nie są zgodne z naszemi uczuciami ludzkiemi, powiedziałbym wręcz z etyką. Inna rzecz wobec wskazań względnych. Tu nam drogę właściwą wskaże najlepiej czujne, nie znieczulone sumienie, któremu z pomocą przyjdzie czysto przedmiotowe patrzenie na sprawę tak, abyśmy sobie zawsze powiedzieć mogli, że to, co mamy przedsięwziąć, czynimy w celu ratowania życia chorej, a nie z jakichkolwiek innych pobudek.

»Est lex non scripta sed nata lex, quam non didicimus, accepimus, legimus, sed ex natura ipsa arripuimus«. (Cicero pro Milone).

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego.
Dyrektor: Prof. Dr W. L. Jaworski.

Odczyn Calmettea z jadem okularnika (kobry), oraz jego wartość rozpoznawcza dla gruźlicy na podstawie własnych badań.

Podał
Dr Jan Nowaczyński,
demonstrator kliniki.

(Ciąg dalszy).

Część II.

Opierając się na wyżej przytoczonych pracach, oraz wyżej opisanej technice, poddałem badaniu surowice krwi 60 chorych, którzy pozostawali w leczeniu w klinice lekarskiej Uniw. Jagiell. w półroczu zimowem i letniem r. 1910/11. Wyniki tych badań podaję poniżej w zestawieniu tablicowem oraz grupowem (zob. tabl. III).

U chorych, których surowice służyły za materyał do badania, badałem odczyny: skórny w postaci intradermoreakcyi, oraz spojówkowy dla kontroli wyników odczynu aktywowania; czynił to też i Calmette w badaniach swych na materyale ludzkim i wynikiem tych odczynów kierował się, przyjmując za chorych gruźliczych tych, którzy oddziaływali czy to na odczyn skórny, czy spojówkowy. Zaznaczyć tu muszę, iż wnosić z wyników dodatnich owych odczynów, a zwłaszcza skórnego, o obecności schorzenia gruźliczego czynnego nie można, gdyż wiadomo, jak znaczny jest odsetek ludzi, pozornie zdrowych, u których klinicznie nie można wykryć żadnego ogniska gruźliczego, a którzy oddziałują na szczepienie skórne. To też nie przypisuję wielkiej wartości dodatnim wynikom odczynu skórnego u badanych chorych, klinicznie niegruźliczych, chyba w tych razach, kiedy występuje bardzo silnie i razem z dodatnim odczynem spojówkowym.

Na 60 chorych badanych nie robiono odczynów u 12; odliczywszy zaś z tej liczby 6 przypadków gruźlicy klinicznie pewnej, pozostaje 6 chorych bez odczynów kontrolnych.

Z 60 surowic badanych znalazłem lecytynę w 30 przypadkach, co stanowi 50%; że tak znaczny odsetek wyników dodatnich otrzymałem, to dlatego, iż przypadki były dobierane, a w niektórych z reguły znajdowałem lecytynę (choroby zakaźne, choroby nerek).

Chorych badanych dzielę na 5 grup, jak to zresztą widać na wyżej podanej tablicy:

pierwsza obejmuje	13	chorych	gruźliczych;
druga	» 8	»	kiłowych;
trzecia	» 10	»	zakaźnych;
czwarta	» 10	»	na zapalenie nerek.
piąta	» 19	»	na różne inne choroby,

Ad 1) Odczyny rozpoznawcze kontrolne w tych przypadkach nie mają znaczenia, gdyż były to przypadki gruźlicy klinicznie pewnej.

Lecytynę w surowicach tych chorych znalazłem na 13 przypadków w 7 przypadkach; u 6 chorych lecytyny nie znaleziono.

Wniosków na podstawie tych wyników czynić nie można, gdyż materyał badany jest bardzo mały; przyznać w każdym razie trzeba, iż u chorych gruźliczych pojawia się lecytyna, dająca się wykryć jadem kobry. Wykazał to zresztą Calmette, który, badając 103 przypadków, wykrył obecność lecytyny u chorych w I. okresie gruźlicy płuc w 76% przyp. w II. okresie w 57% przyp. w III. okresie w 70% przyp.

W niniejszej też pracy nie miałem na celu poszukiwania lecytyny w przypadkach gruźlicy, przyjmując za fakt, iż pojawia się ona w przebiegu tej choroby, ile raczej poszukiwanie lecytyny w przypadkach innych chorób.

Ad 2) Druga grupa obejmuje 8 chorych kiłowych, t. j. takich, u których odczyn Wassermanna był dodatni, z wyjątkiem jednego, gdzie odczyn był ujemny, mimo, iż chory przedstawiał wszystkie objawy kliniczne wiądu rdzenia; w żadnym z tych przypadków kiłowych lecytyny w surowicy nie znalazłem — fakt w każdym razie ciekawy; przemawiałby on za tem, że niweczniki (anticorps) kiłowe, a raczej reaginy kiłowe, jak je nazywa Citron, nie są przyrody lipoidalnej, jak to przypuszcza Levaditi i Yamanouchi, którzy mieli owe niweczniki wyciągnąć alkoholem z płynu mózgowo-rdzeniowego chorych na porażenie postępowe, a odczyn Wassermanna uważają za odczyn lipoidów surowicy z lipoidami narządów, użytych jako antygenu.

Calmette w pracy swej, mówiącej o odchyleniu lecytyny przez tuberkulinę, wspomina, że surowice ludzi kiłowych mają również zawierać lecytynę, lecz w innym stanie, gdyż bakterye gruźlicze nie mogą jej odchylić. Wobec tego, że w żadnej z badanych surowic kiłowych nie znalazłem lecytyny, o odchyleniu jej czy przez bakterye gruźlicze, czy może inne substancye — mam na myśli wyciągi z wątroby kiłowej (antygen) — mowy niema.

Ad 3) Do trzeciej grupy zaliczyłem przypadki zakaźne w liczbie 10; u wszystkich tych chorych robiono kontrolne odczyny rozpoznawcze, wszystkie prawie wypadły ujemnie, mimo, iż, jak stwierdził Arloing, w chorobach zakaźnych ustrój, nawet wolny od gruźlicy, oddziaływa na tuberkulinę. Natomiast, co ciekawsze, u wszystkich chorych, z wyjątkiem chorej na tężec, znalazłem w surowicach lecytynę, która uczynniała jad kobry. Wobec ujemnych wyników odczynów rozpoznawczych, oraz braku nawet przypadkowych objawów klinicznych gruźlicy u tych chorych — z wyjątkiem jednego, u którego stwierdzono zołzy — obecność lecytyny, i to tak stałą, w surowicach chorych w przebiegu chorób zakaźnych odnieść należy chyba nie do gruźlicy, lecz do zmian, jakie zachodzą w ustroju w toku chorób gorączkowych, zwłaszcza zakaźnych. Jak wiadomo, lecytyna jest w ustroju bardzo rozpowszechniona i występuje głównie w związku z białkiem ustroju; trwałość tego związku jest zmienna, jak to stwierdziły zresztą doświadczenia z hemolizą ciałek czerwonych różnych gatunków zapomocą jadu kobry, lub n. p. badania działania hemolizującego wodnych rozczynów hemoglobiny z lecytyną, oraz wpływu ciepłoty na połączenia białka z lecytyną.

TABLICA III.

Imię, nazwisko, wiek. L. dz. klin.	Rozpoznanie kliniczne	Objawy kliniczne gruźlicy przypadkowe	Odczyny		Odczyn Calmettea; obecność lecytyny lub brak (ilość)	Odchylenie lecytyny przez TR	Uwagi
			skórny	spojówkowy			
A. F. l. 38 l. dz. 3	Tuberculosis intestinorum	Induratio apicis dextri	+	—	odczyn ujemny lecytyny brak		
P. C. l. 19 l. dz. 191	Infiltratio apicum synech. pleur. dextrae	prątki w plwocinie	+	+	odczyn ujemny brak lecytyny		
I. Tr. l. 18 l. dz. 194	Peritonitis tuberculosa Infiltratio apicum	—	+	—	odczyn dodatni lecytyna obecna; hemoliza od 1·0—0·5 dos. minim. akt. 0·0001	nie odchyla	
J. W. l. 15 l. dz. 109	Peritonitis tuberculosa	—	+	+	odczyn ujemny lecytyny brak		
S. K. l. 18 l. dz. 146	Infiltratio apicum	prątki w plwocinie	nie robiono		odczyn ujemny lecytyny brak		
J. St. l. 24 l. dz. paw. izol.	Infiltratio apicum in ind. scoliotico	prątki w plwocinie	nie robiono		odczyn ujemny lecytyny brak		
A. P. l. 18 l. dz. paw. izol. 47	Infiltratio apicum in ind. scrophul.	prątki w plwocinie	+	+	odczyn dodatni lecytyna obecna hemoliza od 1·0—0·05 dos. minim. akt. 0·00001	nie odchyla	
K. Fl. l. 21 szp. św. Łaz.	Infiltratio apicum	prątki w plwocinie	nie robiono		odczyn dodatni lecytyna obecna hemoliza od 1·0—0·2 dos. minim. akt. 0·00004	nie odchyla	przypadki gruźlicy klinicznej pewnej
A. M. l. 27 szp. św. Łaz.	Tuberculosis pulmon. destructiva	prątki w plwocinie	nie robiono		odczyn dodatni lecytyna obecna hemoliza od 1·0—02 dos. minim. akt. 0·00002	odchyla ostatnią ilość 0·1	
Z. L. l. 24 l. dz. paw. izol. 36.	Pleuritis exsudativa dextr.	Condensatio apicis dextr.	nie robiono		odczyn dodatni lecytyna obecna; hemoliza od 1·0—0·2 dos. minim. akt. 0·00004	odchyla od 0·3—0·2	
D. S. l. 18 l. dz. 312	Pleuritis exsudativa sinistr.	Condensatio apicis dextr.	+	+	odczyn dodatni lecytyna obecna hemoliza od 1·0—0·1 dos. minim. akt. 0·00002	odchyla od 0·25—0·1	
Fr. K. l. 21 l. dz. 281	Pleuritis exsudativa dextr.	Condensatio apicis dextr.	+	+	odczyn ujemny lecytyny brak		
A. B. l. 38 l. dz. 338	Infiltratio apicum	Prątki w plwocinie; albumen 0·5%	nie robiono		odczyn dodatni lecytyna obecna hemoliza od 1·0—0·10 dos. minim. akt. 0·00002	odchyla od 0 2—0·1	

TABLICA III. (ciąg dalszy).

Imię, nazwisko, wiek, L. dz. klin.	Rozpoznanie kliniczne	Objawy kliniczne gruźlicy przypadkowe	Odczyny		Odczyn Calmettea; obecność lecytyny lub brak (ilość)	Odchylenie lecytyny przez TR	Uwagi
			skórny	spojówkowy			
A. E. l. 29	Lues	brak	nie robiono		odczyn ujemny lecytyny brak		WNB +
J. K. l. 41 l. dz. 227	Aneurysma aortae in ind. c. lue peracta	brak	nie robiono		odczyn ujemny lecytyny brak		WNB +
J. W. l. 35 l. dz. 225	Gastritis acida lues peracta	brak	nie robiono		odczyn ujemny lecytyny brak		WNB +
St. W. l. 37 l. dz. 233	Tabes dors.	brak	nie robiono		odczyn ujemny lecytyny brak		WNB —
I. P. l. 38 l. dz. 246	Tabes incip.	brak	+	—	odczyn ujemny lecytyny brak		WNB +
W. R. l. 42 l. dz. 250	Tabo-paralysis	brak	+	—	odczyn ujemny lecytyny brak		WNB +
L. Br. l. 35 l. dz. 261	Crises gastricae	brak	+	—	odczyn ujemny lecytyny brak		WNB +
H. B. l. 34 l. dz. 263	Anaemia in ind. luet.	brak	nie robiono		odczyn ujemny lecytyny brak		WNB +
A. Sz. l. 33 l. dz. paw. izol. 38	Sepsis puerperalis diplococcica	brak	—	—	odczyn dodatni lecytyna obecna; hemoliza od 1·0—0·05 dos. minim. akt. 0·00001	TR odchyla od 0·1; zawiesina diplokoków ostatnią ilość 0·05	
J. K. l. 18 l. dz. paw. izol. 41	Typhus abdominal.	brak	—	—	odczyn dodatni lecytyna obecna; hemoliza od 1·0—0·05 dos. minim. akt. 0·00002	TR odchyla od 0·2 zawiesina bakt. tyfus. od 0·4	
K. Sz. l. 27 l. dz. paw. izol. 48	Typhus abdominal.	brak	—	—	odczyn dodatni lecytyna obecna; hemoliza od 1.0—0.05 des. minim. akt. 0.00001	TR odchyla ostatnią ilość 0·05 zawiesina bakt.	przypadki zakaźne
I. S. l. 12 l. dz. paw. izol. 42	Scarlatina	Scrophulosis	Moro ujemny		odczyn dodatni lecytyna obecna; hemoliza od 1·0—0·3 des. minim. akt. 0·00006	TR nie odchyla	
A. M. l. 18 l. dz. paw. izol. 50	Scarlatina	brak	—	—	odczyn dodatni lecytyna obecna; hemoliza od 1·0—0·1 des. minim. akt. 0·00002	TR odchyla od 0·4	
M. F. l. 19 l. dz. 329	Pneumonia crouposa sinistra	brak	—	nie robiono	odczyn dodatni lecytyna obecna; hemoliza od 1·0—03 des. minim. akt. 0·00006	TR nie odchyla	

TABLICA III. (ciąg dalszy).

Imię, nazwisko, wiek, L. dz. klin.	Rozpoznanie kliniczne	Objawy kliniczne gruźlicy przypadkowe	Odczyny		Odczyn Calmettea; obecność lecytyny lub brak (ilość)	Odchylenie lecytyny przez TR	Uwagi
			skórny	spojówkowy			
J. T. l. dz. 351	Typhus abdominalis	brak	—	—	odczyn dodatni lecytyna obecna; hemoliza od 1·0—0·3 dos. minim. akt. 0·00006	TR nie odchyla	przypadki zakaźne
K. C. l. 14 l. dz. paw. izol.	Scarlatina	brak	+	—	odczyn dodatni lecytyna obecna; hemoliza od 1·0—0·2 dos. minim. akt. 0 00004	TR odchyla ostatnią ilość 0·2	
F. W. l. dz. paw. izol. 59	Status febrilis e suppuratione ad vulnus post nephrectomiam propter calcul.	brak	—	—	odczyn dodatni lecytyna obecna; hemoliza od 1·0—0·1 dos. minim. akt. 0·00002	TR nie odchyla	
M. I. l. 40 l. dz. paw. izol. 60	Tetanus traumaticus		—	—	odczyn ujemny lecytyny brak		
A. Z. l. 44 l. dz. 56	Nephritis chronica Pericarditis exsudat. Hydrops univers. albumen 12⁰/₀₀	brak	+	—	odczyn dodatni lecytyna obecna; hemoliza od 1·0—0·05 dos. minim. akt. 0·00001	TR nie odchyla	na sekcyi zmian gruźliczych nie znaleziono
A. L. l. 25 l. dz. 308	Nephritis chron. Pericarditis exsudat. Hydraemia Anaemia albumen 10⁰/₀₀	brak	—	—	odczyn dodatni lecytyna obecna; hemoliza od 1·0—0·25 dos. minim. akt. 0·00005	TR nie odchyla	
M. J. l. 44 l. dz. 242	Nephritis chronica albumen 2–3⁰/₀₀	brak	nie robiono		odczyn dodatni lecytyna obecna; hemoliza od 1·0—0·05 dos. minim. akt. 0·00001	TR odchyla od 0·2–0·05	przypadki zapalenia nerek przewlekłego
Kl. K. l. 24 l. dz. 256	Nephritis chronica albumen 0·5⁰/₀₀	brak	—	—	odczyn dodatni lecytyna obecna, hemoliza od 1·0—0·1 dos. minim. akt. 0·00002	TR odchyla od 0·2—0·1	
Fr. P. l. 20 l. dz. 264	Nephritis subacuta albumen 3·5⁰/₀₀	brak	+	+	odczyn dodatni lecytyna obecna; hemoliza od 1·0—0·3 dos. minim. akt. 0·00006	TR odchyla od 0·5—0 3	
J. Th. l. 40 l. dz. 149	Chorea minor in ind. c. nephritide chron. et insuff. mitral. albumen 2·5⁰/₀₀	brak	+	—	odczyn dodatni lecytyna obecna; hemoliza od 1·0—0·1 dos. minim. akt. 0 00002	?	
W. Kr. l. 52 l. dz. 316	Nephritis chronica albumen 4⁰/₀₀	brak	+	—	odczyn dodatni lecytyna obecna; hemoliza od 1·0—0·1 dos. minim. akt. 0·00002	TR odchyla ostatnią ilość 0·1	

TABLICA III. (ciąg dalszy).

Imię, nazwisko, wiek, l. dz. klin.	Rozpoznanie kliniczne	Objawy kliniczne gruźlicy przypadkowe	Odczyny		Odczyn Calmettea; obecność lecytyny lub brak (ilość)	Odchylenie lecytyny przez TR	Uwagi
			skórny	spojówkowy			
T. Str. l. 51 l. dz. 279	Morb. Banti in ind. c. insuff. valv. aortae et albuminuria Hydrops univers. min. grad. alb. 0 5‰	brak	—	—	odczyn dodatni lecytyna obecna; hemoliza od 1·0—0·1 dos. min. akt. 0·00002	TR odchyla ostatnią ilość 0·1	WNB ++ przypadki zapalenia nerek przewlekłego
A. S. l. 44 l. dz. 326	Nephritis chron. s. s. hypertrophia cordis albumen 0·05‰	brak	—	—	odczyn ujemny lecytyny brak		
I. I. l. 22 l. dz. 415	Nephritis parenchymatosa subacuta albumen 15‰	brak	—	—	odczyn dodatni lecytyna obecna; hemoliza od 1·0—0·01 dos. minim. akt. 0·000002	TR nie odchyla	
J. P. l. 50 l. dz. 169	Leucaemia lymphatica	brak	+	—	odczyn ujemny lecytyny brak		Za drugim pobytem w klinice albumen. 1‰
T. B. l. 65 l. dz. 181	Leucaemia lymphatica	brak	+	—	odczyn ujemny lecytyny brak		
J. W. l. 30 l. dz. 267	Lymphosarcoma colli	brak	—	—	odczyn ujemny lecytyny brak		
J. L. l. 23 l. dz. 152	Diabetes mellitus 6% cukru	Zmiany opukowe w szczytach płuc	+	+	odczyn dodatni lecytyna obecna; hemoliza od 1·0—0·025 dos. minim. akt. 0·000005	TR odchyla od 0·05—0·025	
J. D. l. 44 l. dz. 289	Acromegalia	brak	+	+	odczyn dodatni lecytyna obecna; hemoliza od 1·0—0.1 dos. minim. akt. 0.00002	TR nie odchyla	
L. K. l. 46 l. dz. 301	Helmintiasis (Taenia solium)	brak	+	—	odczyn dodatni lecytyna obecna; hemoliza od 1·0—0·1 dos. minim. akt. 0·00002	TR nie odchyla	
Wł. D. l. 54 l. dz. 297	Ischias	brak	+	+	odczyn dodatni lecytyna obecna; hemoliza od 1·0—0·01 dos. minim. akt. 0·000002	TR odchyla od 0·1—0·01	
M. Tw. l. 23 l. dz. 311	Arthritis gonorrhoica	Condensatio apicum	+	nie robiono	odczyn dodatni lecytyna obecna; hemoliza od 1·0—0·3 dos. minim. akt. 0·00006	TR odchyla od 0·5—0·3	
Br. K. l. 47 l. dz. 190	Anaemia gravis	brak	+	—	odczyn ujemny lecytyny brak		
J. Cz. l. 61 l. dz. 170	Carcinoma ventriculi c. metastas.	brak	+	+	odczyn ujemny lecytyny brak		

TABLICA III. (dokończenie).

Imię, nazwisko, wiek, l. dz. klin.	Rozpoznanie kliniczne	Objawy kliniczne gruźlicy przypadkowe	Odczyny		Odczyn Calmettea; obecność lecytyny lub brak (ilość)	Odchylenie lecytyny przez TR	Uwagi
			skórny	spojówkowy			
J. F. l. 36 l. dz. 290	Stenosis intestin. crassi	brak	+	—	odczyn ujemny lecytyny brak		
A. M. l. 39 l. dz. 230	Cystitis	brak	+	—	odczyn ujemny lecytyny brak		
T. C. l. 50 l. dz. 276	Neurasthenia	brak	+	—	odczyn ujemny lecytyny brak		
J. Ch. l. 35 l. dz. 321	Tumor cerebri	brak	+	—	odczyn ujemny lecytyny brak		
W. O. l. 53 l. dz. 346	Paralysis agitans	brak	+	+	odczyn ujemny lecytyny brak		
Z. Kw. l. 55 l. dz. 377	Hysteria	brak	+	—	odczyn ujemny lecytyny brak		
K. K. l. 46 l. dz. 340	Lipomata multiplicia disseminata	brak	+	—	odczyn ujemny lecytyny brak		
W. B. l. 54 l. dz. 382	Hemiplegia in ind. c. arteriosclerosi universali	brak	+	—	odczyn ujemny lecytyny brak		
K. K. l. 45 l. dz. 368	Sclerosis disseminata	brak	+	—	odczyn ujemny lecytyny brak		

Doświadczenia te nasuwają przypuszczenie, że w ustroju żywym zachodzić muszą różne wahania tak w fizycznych, jakoteż i chemicznych własnościach tkanek, które wpływają na całą przemianę materyi lecytynowej, tak ważnej dla spraw życiowych ustroju. Możliwem też jest, jak przypuszcza Kyes i Sachs, że białka, z któremi lecytyna jest związana, już w ciepłocie niższej, niż ciepłota krzepnięcia, zostają rozszczepione; znając zaś ścisłą zależność lecytyny i białka, można wnosić, iż, gdy zmieni się tak istotnie białko, jak to w wysokim stopniu zachodzi w sprawach chorobowych przebiegających z gorączką, zmienić się też musi i cała przemiana lecytynowa. Stąd też nie będzie może wydawać się nieprawdopodobnem przypuszczenie, iż pojawienie się lecytyny w surowicy krwi w chorobach gorączkowych, a zwłaszcza zakaźnych, w których i z działaniem bakteryi trzeba się liczyć, odnieść należy do tego, iż ciepłota podwyższona w przebiegu tych chorób — owa »Denaturierungstemperatur« Kyesa i Sachsa — jest przyczyną, która rozrywa związek lecytyny z białkiem ustroju i ułatwia pojawienie się jej w surowicy krwi. Stwierdzenie, obecności lecytyny u chorych na choroby zakaźne zdaje się stawać w sprzeczności z wynikami badań Calmettea, który wykazał, iż u ludzi, oraz zwierząt gruźliczych lecytyna występuje w surowicy w przypadkach bez gorączki, każde zaś podwyższenie ciepłoty ma wywoływać znikanie lecytyny; tymczasem w chorobach zakaźnych u ludzi gorączkujących wysoko (do 40^0 i wyżej niekiedy) napotyka się ją stale. Widocznie wpływ gorączki odbija się na lecytynie raczej w sposób wyżej podany, ułatwia raczej rozszczepienie lecytyny, związanej z białkiem, niż jej silniejsze połączenie.

Fakt, że w surowicy chorej na tężec lecytyny nie znaleziono, znając biologię zarazka tężcowego, łatwo wytłomaczyć; w sprawie tej jednakże, która w dalszym ciągu jest przedmiotem badań, ostatecznego zdania wypowiadać jeszcze nie można.

Nasuwa się jeszcze jedna możliwość, zresztą mało prawdopodobna, t. j., czy lecytyna, pojawiająca się w surowicach chorych zakaźnych, a tem samem i gruźliczych, nie jest pochodzenia bakteryjnego, t. zn., czy nie jest produktem życia, czy rozpadu bakteryi zakażających ustrój w danej chorobie. Sprawa ta nie jest wyjaśniona; śmiem jednakże wątpić, czy ta możliwość zachodzi, tembardziej, iż sprawa odchylenia lecytyny, która, jak się zdawało, da nam pewne wyjaśnienie, o czem będzie jeszcze mowa, zawodzi nas w tym względzie.

Ciekawem byłoby jeszcze zbadanie, czy lecytyna, pojawiająca się w toku spraw zakaźnych, stale się utrzymuje, czy tylko jest przejściową, t. j. czy znika po przebyciu choroby.

(Dokończenie nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Pedyatrya.

M. Biehlerowa. **Plamki Koplika.** (Med. i Kron. lek., oraz Arch. de méd. des enf. XIV. 15. 1911). W 946 przypadkach odry tylko 3 razy nie wystąpiły plamki Koplika; poza odrą nie widziała ich autorka nigdy. Co do czasu pojawiania się plamek przed wysypką, to w 864 przypadkach wystąpiły 1 dzień przed wysypką; w 42—2 dni przed wysypką; w 18 — 3 dni; w 12—4 dni; w 4 — 5 dni; w 2—6 dni i 1 raz 10 dni przed ukazaniem się wysypki. Autorka sądzi, że przy systematycznem badaniu w kierunku plamek uda się ograniczyć zakażenia odrą.
Bujak.

H. Nothmann. **W sprawie gorączki solnej u oseska.** (Zeitschr. f. Kinderheilk. I. 1., 1910). Odczyn solny po podaniu 100 gr 3% NaCl przez usta (gorączka, zaburzenia trawienia, względnie objawy tężyczki) występuje najczęściej u osesków w pierwszym kwartale życia, jednakże spotyka się go wprawdzie rzadziej, nawet u dzieci liczących ponad rok życia. Czynnikami usposobiającymi do odczynu są wiek, zaburzenia trawienia pokarmowego i osłabiony układ nerwowy, przyczem jednakże wchodzą jeszcze w grę nie dające się bliżej określić, właściwości osobnicze. Odczyn nie występuje stale u tego samego dziecka, lecz zależy od chwilowego stanu ustroju. Zamiast wzniesienia ciepłoty, spostrzegał N. obniżenie w 7·5% badanych przypadków.
Bujak.

G. Schreiber. **Półpasiec u ozdrowieńca po gruźliczem surowiczem zapaleniu opłucnej.** (Archives de méd. des enfants XIV., 40. 1911). Półpasiec występuje najczęściej u osobników gruźliczych, lub przynajmniej usposobionych do gruźlicy. Autor opisuje przypadek u 14-letniej dziewczyny, która w 6 miesięcy po wystąpieniu surowiczego wysięku opłucnej zapadła na półpasiec klatki piersiowej po stronie chorej. Powstanie tej zmiany tłómaczy S. wpływami trofoneurotycznymi i zwraca uwagę, aby w każdym przypadku półpaśca u dziecka śledzić za rozpoczynającemi się zmianami gruźliczemi
Bujak.

Ostrowski. **Anaemia splenica infantum.** (Jahrbuch für Kinderheilk. T. 73, 1911). Na podstawie 10 własnych spostrzeżeń i zestawienia piśmiennictwa autor uważa nazwę anaemia pseudoleukaemica infantum za nieodpowiedną i dającą się zastąpić nazwą kliniczną A. splenica. Przyczyną choroby w przeważnej liczbie przypadków jest nieżyt przewodu pokarmowego i upośledzone odżywienie, a przyczyniają się też do jej powstawania: krzywica, gruźlica i kiła. Charakterystycznym w obrazie anatomicznym jest zanik mieszków Malpighiego, pomnożenie tkanki łącznej i ciałka eozynochłonne i erytroblasty w miąższu śledziony.
Dr J. Ld.

Comby. **Niedomoga nadnerczynowa w chorobach zakaźnych.** (Arch. de méd. des enf. XIV. 46., 1911). W ostrych chorobach zakaźnych wieku dziecięcego mogą występować nagle ciężkie objawy, zależne od niedomogi nadnerczynowej, w postaci: zapadu, wymiotów, bolów brzucha, obniżenia ciśnienia krwi, oziębienia kończyn, biegunek. W przypadkach takich stwierdza się na sekcyi zmiany w nadnerczach, najczęściej krwotoki. Leczniczo i zapobiegawczo należy w złośliwych przypadkach ostrych chorób zakaźnych stosować 0,5—2 mg adrenaliny przez usta.
Bujak.

Döblin. **Leczenie osesków salwarsanem.** (Berliner klin. Wochenschr. Nr 12, 1911). D. leczył 6 przypadków kiły dziedzicznej wstrzykiwaniem salwarsanu podskórnem lub wśródmiąższowem w dawkach 0,025—0,03—0,06 g. Z sześciorga czworo zmarło. Korzystnem było działanie na objawy skórne, podczas gdy obrzmienie gruczołów i rhinitis żadnej nie ulegały zmianie. U jednego dobrze rozwiniętego oseska dawka 0,03 g. spowodowała śmiertelne zatrucie. U dwóch pozostałych przy życiu oseskach po dwóch miesiącach pojawił się nawrót choroby. Autor zaleca wykluczenie słabowitych osesków od leczenia salwarsanem; do 3. miesiąca życia nie należy przekraczać dawki 0,01 do 0,02 g.
Dr J. Ld.

R. Neurath. **O znaczeniu soli wapniowych dla ustroju dziecka w stosunkach fizyologicznych i chorobowych.** (Zeitschr. f. Kinderheilk. I. 1., 1910). Autor omawiał zawartość wapnia w krwi dzieci sposobem Wrighta, przyczem doszedł do wniosków następujących: U młodszych osesków ilość wapnia jest wyższa, niż u starszych, przyczem znowu jest wyższa u dzieci karmionych piersią, niż u osesków żywionych sztucznie; sztuczne wzbogacanie pożywienia w wapno wywołuje niekiedy chwilowe zwiększenie wapnia we krwi, częściej jednakże zmniejszenie. U dzieci, dotkniętych tężyczką, spotyka się zubożenie krwi w połączenia wapniowe. Ten sam objaw daje się zauważyć u zwierząt, pozbawionych gruczołów przytarczycznych, stąd przypuszczenie, że ciałka te mają znaczenie jako narząd odtwarzający (Escherich) i regulujący przemianę wapna w ustroju.
Bujak.

M. Karasawa i B. Schick. **Ilościowe oznaczanie sposobem śródskórnym przebiegu chłonienia surowicy przeciwbłoniczej, wprowadzonej podskórnie.** (Zeitschr. f. Kinderheilk. I. 1. 1910). Surowica przeciwbłonicza ulega powoli chłonieniu tak, że w kilka godzin po podskórnem wstrzyknięciu zaledwie ślad jej można w surowicy krwi wykazać. Najwyższa zawartość ciał ochronnych w surowicy chorego przypada na 3. i 4. dobę po wstrzyknięciu, poczem stopniowo zmniejsza się i ginie około 30. dnia po wstrzyknięciu. Przy wstrzykiwaniu tej samej ilości surowicy dzieciom równej wagi ilość ciał ochronnych w ich surowicy może być różna. Jeśli zależy na szybkiem dostarczeniu ustrojowi większych ilości ciał ochronnych w krótkim czasie, należy surowicę stosować śródmięśniowo lub śródżylnie (bez fenolu!), unikając objawów anafilaksyi sposobem Besredki, t. j. przez wstrzyknięcie podskórne 1 cm^3 surowicy, poprzedzające $1-1\frac{1}{2}$ godz. wstrzyknięcie śródżylne lub śródmięśniowe.
Bujak.

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Becker. **O dostawaniu się powietrza do układu żylnego.** (Zeitschrift f. Medizinalbeamte 1911, Nr 5). Między chirurgami, lekarzami sądowymi i patologami niema dotąd zgody ani co do warunków, wśród których powietrze może się dostać do układu żylnego, ani co do przyczyny śmierci w tych przypadkach. Także i w przypadku, przez autora opisanym, nie da się w sposób zadawalniający wyjaśnić przyczyna śmierci. 33-letnią kobietę, znaleziono z raną na szyi, leżącą w łazience szpitalnej w kałuży krwi. Przy sekcyi stwierdzono przecięte do połowy oba mięśnie mostkowo-sutkowo-obojczykowe, mięśnie leżące między mostkiem a krtanią, wreszcie tchawicę aż do jej tylnej ściany. W tchawicy tylko bardzo mała ilość skrzepów krwi. Nerw błędny i przeponowy były nienaruszone. Po stronie lewej tętnica i żyła tarczowa górna (art. et vena thyreoidea sup.) przecięte, po stronie prawej tętnica nieuszkodzona, w żyle otwór wielkości ziarna soczewicy. Tętnice szyjne i żyły szyjne wewnętrzne nie były uszkodzone. Przez ściany obu żył przeświecały liczne pęcherzyki powietrza. W prawym przedsionku i komórce serca bańki powietrza, dochodzące do wielkości orzecha, w lewym przedsionku kilka mniejszych pęcherzyków powietrza. Zresztą brak jakichkolwiek zmian chorobowych. Zawartość krwi w poszczególnych narządach była wprawdzie mniejsza od prawidłowej, lecz nie taka, jaką się spotyka w przypadkach śmierci z krwotoku. Śmierć zatem wobec braku innych przyczyn śmierci należało uznać w tym przypadku za wywołaną zatorem powietrznym, napewno stwierdzonym. Jednak doświadczenie poucza, że wprawdzie jednorazowe

dostanie się wielkiej ilości powietrza do żył, łączy się z wielkiem niebezpieczeństwem dla życia, że jednak dostawanie się powietrza do żył w małych ilościach bywa względnie dobrze znoszone, ponieważ powietrze w tym przypadku ma czas potrzebny do dokładnego zmieszania się z krwią i przejścia bez przeszkody przez prawe serce. Ale rzeczywiście trudno jest objaśnić możność dostania się nagle wielkiej ilości powietrza do żyły tarczowej (V. thyreoidea) z powodu małego jej kalibru. To dałoby się wytłómaczyć wówczas, jeżeliby się przyjęło szybkość aspiracyi powietrza jako ważny czynnik, bo wówczas zachodziłoby tylko jeszcze pytanie: wśród jakich okoliczności tak mała żyła, jak tarczowa górna nie zapada się. Odpowiedź na to pytanie brzmi: Utrata krwi utrzymuje otwór w żyle otwartym. Z powodu obniżenia się tętniczego ciśnienia krwi w następstwie utraty znaczniejszej ilości krwi, z powodu trwale działającej aspiracyi klatki piersiowej i prawego serca na krew żylną obniża się także ciśnienie żylne, przyczem z niskiego dodatniego może się zamienić w ujemne. Może więc potem wśród odpowiednich warunków z całkiem małej żyły nastąpić zator powietrzny. J. Olbrycht.

Roloff. **Śmiertelne zranienie z powodu masturbacyi przez odbytnicę.** (Münch. med. Wochenschrift 1911, Nr 1). 50-letni mężczyzna, pobierający całkowitą rentę z powodu urazowej nerwicy serca, wsunął sobie — jak to sam zeznał — w celach masturbacyi kawałek drzewa do kiszki stolcowej, którego jednak po wyśliźnięciu się z ręki nie mógł wydobyć. Przywołany lekarz, badając przez odbytnicę, nie mógł nic wyczuć; z powodu wystąpienia objawów otrzewnowych wykonano następnego dnia laparatomię, przy której znaleziono w jamie brzusznej wolno leżący kawałek drzewa, 20 cm długi. Na przedniej ścianie kiszki stolcowej na przejściu w pętlę esowatą znajdowało się owalne kilka centymetrów długie przedziurawienie. Śmierć następnego dnia z następstw zapalenia otrzewnej.
J. Olbrycht.

Rieger. **Zamach samobójczy zapomocą bromuralu.** (Münch. med. Wochenschr. 1911, Nr 5). Braku trujących własności bromuralu dowodzi przypadek, w którym 54-letnia kobieta, cierpiąca na nerwową bezsenność, zażyła w zamiarze samobójczym 12 tabletek bromuralu. Przez dziewięć godzin spała snem twardym, ale nie narkotycznym, tak, że można ją było obudzić do spożywania pokarmu przez samo wołanie. Po 9 godzinach obudziła się, nie skarżąc się na żadne dolegliwości i nie okazywała żadnych objawów zatrucia. J. Olbrycht.

Maier. **Przypadek zatrucia paraldehydem.** (Berliner klin. Wochenschrift 1911, Nr 4). Dwudziestoletni słabowity robotnik fabryczny, który z powodu silnego zapalenia migdałków leżał w szpitalu, otrzymał rano od siostry szpitalnej przez pomyłkę zamiast przepisanego mu leku łyżkę stołową paraldehydu (t. j. 10 do 12 gramów), a więc przynajmniej podwójną dawkę maksymalną. Pomyłkę spostrzeżono dopiero po upływie godziny, gdy chory rano spał snem nadzwyczaj twardym. Natychmiastowe obfite przepłukiwanie żołądka usunęło śpiączkę. Woda użyta do przepłukiwania, miała wybitny charakterystyczny zapach paraldehydu jako dowód, że tylko mała ilość środka została wessana; w przeciwnym razie mogły być skutki o wiele poważniejsze. J. Olbrycht.

Prof. Schultze i Stursberg. **Ropień móżdżku nieuznany za następstwo wypadku.** (Medizin. Klinik 1911, Nr 6). Robotnik K. uległ w d. 11. lutego 1902 wypadkowi, a mianowicie odpryskujące bryły węgla, uderzając go w głowę, spowodowały ranę nad górnym zewnętrznym brzegiem oczodołu lewego, $2^1/_1$ cm długą, drążącą aż do kości i drugą, mniejszą, nieco niżej. W dniu 26. czerwca 1902 rany były zagojone, pod większą z nich kość »wyraźnie zgrubiała i bolesna za uciskiem«. Jeszcze przed wypadkiem był K. leczony z powodu przewlekłego ropienia ucha środkowego lewego, a wielokrotne badania w ciągu lat wykazywały zawsze ten sam obraz: mały otwór w błonie bębenkowej, z którego sączyło się nieco cuchnącej ropy. We wrześniu 1907 operacya z powodu zapalenia ucha środkowego, połączonego z bardzo silnymi bólami; 12. września 1907 śmierć. Sekcya wykazała wielki ropień w lewej półkuli móżdżku Przeciwko temu, jakoby wypadek stał w związku z ropniem, przemawiało wielkie oddalenie od miejsca zadziałania urazu i długi okres czasu, jaki upłynął od wypadku. Nadto najczęstszą przyczynę ropni móżdżka stanowią zapalenia ucha środkowego, nawet z małem przedziurawieniem. Z wszelkiem prawdopodobieństwem można było w danym przypadku wyłączyć możliwość związku przyczynowego między urazem, a zejściem śmiertelnem.
J. Olbrycht.

Patry. **Kilka spostrzeżeń nad postrzałem (lumbago) ze stanowiska ubezpieczenia od wypadków.** (Kor. f. Schw. Aerzte 1911, Nr 22). Urazowe postrzały występują nieraz, ale w porównaniu z częstością postrzałów gośćcowych rzadko znamionuje je nagłe powstanie, zwłaszcza po dźwiganiu bardzo dużego ciężaru, sprawa ściśle jednostronna, a przy badaniu miejscowem ograniczona i nie zmieniająca siedliska z czasem. Także brak skuteczności salicylu przemawia przeciw sprawie gośćcowej. — Są jednak przypadki, gdzie sprawy etyologicznie odróżnić nie można. A.

Graessner. **O dyagnostyce roentgenowskiej i orzekaniu przy badaniu uszkodzonych.** (Pos lek. Kolonia, 28. V. 1911). Na mocy dużego materyału przychodzi G. do przekonania, że obecnie promienie Roentgena stały się już niezbędnym czynnikiem rozpoznawczym przy ocenie uszkodzeń. Zwłaszcza odnosi się to do złamań trudno dających się wykryć, n. p. kręgosłupa. Dawniej często podobnych uszkodzonych uważano za udających, a dopiero Roentgen wyjaśnił sprawę, wykazując nieraz złamania tam, gdzie o nich nawet nie myślano, n. p. po małych urazach, działaniach mięśni samych przy nagłym ruchu i t. p. Także Roentgen objaśnia nam nieraz przyczynę sztywności kręgosłupa właśnie jako następstwo nierzadkich uszkodzeń i złamań.

Nie należy też zaniedbywać tego cennego sposobu badania, trzeba jednak do tego znać i odpowiednią technikę badania i odczytywania roentgenogramów. A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zebranie z dnia 30. VI. 1911 r.

1) Kol. Pomorski przedstawił przypadek **gruźlicy stawu nadgarstkowego** u młodego człowieka, która roz-

winęła się po kopnięciu przez konia. Roentgenoskopia nie wykazała zrazu zmiany. Wykonano resekcyę, przy której usunięto kawałki kości łokciowej i promieniowej, a także os hamatum i capitatum. Po trzech tygodniach ruchomość ręki powróciła. Przypadek jest o tyle ciekawy, że wobec doznanego urazu trzeba rozstrzygnąć, czy choremu należy się odszkodowanie. W 40–60% spraw gruźliczych uraz przyczynił się do pogorszenia.

W dyskusyi zaznacza kol. Łazarewicz, że odszkodowanie powinno być udzielone, ponieważ zachodzi możliwość, że uraz stworzył miejsce mniejszej odporności, gdzie usadowiły się potem zarazki. Towarzystwa ubezpieczeń w przypadkach przepuklin i wypadnięcia macicy nie uznają wpływu urazu. — Kol. Nowakowski: Gruźlica w obrazie Roentgenowskim nie zawsze się uwydatnia, mianowicie u młodych. Porównanie obu rąk na fotografii pozwoliłoby może rozpoznać pewne różnice. N. sądzi, że gruźlica utajona już istniała w tym przypadku w stawie przed wypadkiem. — Kol. Pomorski: Z każdego utajonego ogniska może powstać zakażenie. Ponieważ w formularzach ubezpieczeń jest zapytanie, o ile sprawa ma związek z dawniejszemi, nie można tu pominąć poprzedniego niedomagania. — Kol. Schultz: Jeśli mimo gruźlicy była przed urazem zdolność do pracy, a po urazie nie, to chory musi dostać rentę. — Kol. Szulczewski wspomina o chorym, u którego po nadużyciu fechtunku rozwinęła się gruźlica w stawie, jakoteż o chorym ze szczytami zajętymi, który zachorował na gruźlicę kolana wskutek wytężającej jazdy na kole; są to przykłady utworzenia się miejsca mniejszej odporności. — Kol. Jarnatowski: Analogicznie powstaje miąższowe zapalenie rogówki pod wpływem urazu.

2) Kol. Łazarewicz zawiadamia, że na jubileusz Prof. Nussbauma wysłał depeszę od Wydziału i odczytuje zaproszenie na 50-letni jubileusz »Przeglądu lekarskiego« na 17. lipca b. r.

3) Kol. Karwowski wygłasza referat o: **roentgenoterapii w ginekologii.**

W r. 1903 Albers-Schönberg zrobił doniosłe odkrycie, że promienie Roentgena wpływają ujemnie na płodność królików i świnek morskich, nie zmniejszając popędu płciowego. Systematyczne badanie drobnowidowe, które wykonali Frieben, później Seldin, Scholtz, Buschke i Schmidt, Krause i Ziegler, Hoffmann, Villemin, Regaud i Blanc itd. wykazały, że w pierwszej linii cierpią komórki plemnikowe, atoli komórki Sertolego, żywe plemniki, tkanka łączna i naczynia nie. Philipp stwierdził zmniejszenie płodności u dwóch mężczyzn, Brown i Osgood zauważyli to samo u osób zajmujących się promieniami Roentgena.

Zmiany w jądrach męzkich naprowadziły na zbadanie wpływu promieni także na jajniki. Pierwszy Halberstaedter w r. 1905 stwierdził ogromny ubytek pęcherzyków jajkowych, często zupełny ich zanik, wyniki jego potwierdzili Bergonié i Tribondeau, Specht, Okinczyc, Sarecki, Angel i Bouin i inni. Najdokładniej zbadał stan rzeczy Reifferscheid u zwierząt i u ludzi. Gdy u zwierząt stwierdzono wpływ bardzo znaczny także na ciążę, to u kobiet tylko Fraenkel (1907) i Gauss zdołali wywołać poronienie, natomiast nie udało się to Krausemu, Schmidtowi, Pinardowi, Friedrichowi i Reifferscheidowi. Żadnych zmian w jajnikach psów nie znalazł tylko Roulier.

Badania powyższe dały podstawę do zastosowania promieni w ginekologii. Pierwszy Deutsch w r. 1904 stwierdził wybitny wpływ na mięśniaki macicy, które się znacznie zmniejszały. Równocześnie we Francyi Foveau de Courmelles ogłosił podobne wyniki i później na większym szeregu przypadków przekonał się o zbawiennem działaniu promieni. Później Laquerrière na 30 przypadkach wykazał, że wyniki są tem lepsze, im późniejszy wiek chorej. Także Görl nawet w przypadkach powikłanych sprawami nerkowemi i sercowemi miał dobre wyniki. Mimo jednak tak oczywistych korzyści promieni ginekolodzy w Niemczech aż do Zjazdu w r. 1909 okazywali zupełną obojętność. Dopiero, gdy na tym Zjeździe M. Fraenkel referował o 80 przypadkach, a Albers-Schönberg przedstawił wydoskonaloną technikę i ścisłe wskazania, zwrócono ogólną uwagę na nową metodę. Od tego też czasu mnożą się prace na ten temat. Schindler opisuje 15 przypadków, z których 10 wyleczył, Mathaei z 11 przypadków mięśniaków wyleczył 6, Faber widział wielką poprawę stanu ogólnego, Gauss i Krönig we Fryburgu uzyskali (na podstawie 63 przypadków) w 60% ustanie miesiączkowania, w 30% osłabienie krwotoków, 10% pozostało bez skutku. Abel i Mathaei przestrzegają przed stosowaniem promieni, gdy przydatki są zmienione, Foveau radzi naświetlanie właśnie wtedy, gdy zachodziły poprzednio kilkakrotne zapalenia otrzewnej. Haenisch 8 przypadków wyleczył w 4—13 miesięcy, podobnie Wichmann. Bardachzi nawet u bardzo osłabionych radzi stosować promienie, Bordier mianowicie u starszych kobiet. Prócz tego Bergonié i Spéder, Imbert, Kocher, Eskluse i Marquès i inni opisują dobre wyniki.

Na jedno trzeba zwrócić uwagę. Albers-Schönberg widział zwiększenie się krwotoków u kobiet bardzo wycieńczonych, a w dwóch przypadkach przez to zejście śmiertelne. Tłomaczy się to jednak tem, że dawka była za mała, doszła dopiero do wysokości t. zw. »Reizdose«, która właśnie wywołuje większe krwawienie. W ostatniej pracy podaje Reifferscheid takie wskazania: 1) krwotoki przekwitowe i bolesność, o ile nie wywołane przez nowotwory złośliwe; 2) przewlekłe zapalenie macicy, gdzie nieraz tylko wyjęcie byłoby wskazane; 3) u młodszych kobiet przy zbyt silnem miesiączkowaniu; 4) mięśniaki.

Referent podaje wreszcie technikę, wydoskonaloną przez Schönberga i Fraenkla, a umożliwiającą stosowanie wielkich dawek wewnątrz bez podrażnienia skóry.

W dyskusyi zaznacza kol. Pomorski, że na Zjeździe ginekologów nie był zachwycony nową metodą. Wyniki jednak, zestawione przez kol. Karwowskiego, zachęcają go do zajęcia się tą sprawą. — Kol. Jezierski podaje jako dobrą ochronę skóry posmarowanie smalcem lub wazeliną. — Kol. Łazarewicz wątpi, czy roentgenizacya wyruguje operacye mięśniaków. Przyznaje jednak, że może działać przy upławach. Zapalenia błony śluzowej macicy są tylko współrzędne, zależą od jajników i tu ogólne leczenie jest wskazane. Wartość może mieć roentgenizacya w przypadkach bardzo wielkich włókniaków, gdzie operacya utrudniona. — W końcu kol. Karwowski odpowiada, że roentgenizacya niema wyrugować operacyi, ale w przypadkach, gdzie operacya jest z innych względów przeciwwskazana, może oddać nadzwyczajne usługi. Adam Karwowski.

Wiadomości bieżące.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 17. IX. do 23. IX. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 7 † 3 (w tem obcych 1 † —), krztuśca 4, płonicy 18 † 3 (2 † 1), odry 7 † 1, duru brzusznego 9 † 2 (4 † 1), czerwonki 3 † 2 (2 † 1), gorączki połogowej 1 † 1, róży 1, tężca 1 † 1 (1 † 1), jaglicy 5.

Dr Janiszewski.

Z różnych stron. Chorobę lotników opisują typowo Cruchet i Moulimer z okazyi specyalnej ankiety z lotnikami i badania uczestników mityngu w Bordeaux. Przy wznoszeniu się w górę występuje mniej więcej przy 1500 m. wysokości krótkość oddechu, przyspieszenie akcyi serca, przytłumienie słuchu i szum w uszach. Przy wyższych wznoszeniach się występuje ból w skroniach (u nowicyuszów wcześniej) i silne parcie na mocz. Przy opadaniu przypady są (wskutek wielkiej szybkości) jeszcze gorsze, bo zjawia się bicie serca, uczucie duszności, parcie coraz silniejsze na mocz, ból głowy, zaczerwienienie i nastrzykanie spojówek, a co najgorsze senność, która nieraz była już powodem katastrof wskutek uśnięcia. Po wylądowaniu głównie występuje na plan pierwszy szum w uszach, zawroty, sinica palców, podniesienie parcia krwi i potrzeba snu. Nieraz też muszą lotnicy spać potem dość długo. (Pres. méd. 1911. Nr 50). A.

— W Ameryce lekarze celem podniesienia zdrowotności i walki z chorobami zakaźnemi odbywają po miastach odpowiednie odczyty, a w Nowym Yorku wydano w tym celu broszurkę popularną we wszystkich językach i rozrzucono między wychodźców. X.

Mianowani: Prof. nadzw. Dr Kučera zwyczajnym profesorem higieny we Lwowie; minister wyznań i oświaty zatwierdził Doc. Dr Janowi Mazurkiewiczowi przeniesienie *veniam legendi* ze Lwowa do Krakowa; Doc. Dr H. Haberer von Kremshohenstein z Wiednia zwyczajnym profesorem chirurgii w Insbruku.

Zmarli: Dr Jan Kanty Nowicki w 81 roku życia w Warszawie; Dr Henryk Robowski w Czerniejewie (Poznańskie); Dr Rodzajewski został 16. września b. r. zamordowany w ambulatoryum przy fabryce putiłowskiej w Petersburgu; Prof. Juliusz Michel, dyrektor kliniki okulistycznej w Berlinie zmarł nagle 29. września na udar sercowy.

Redakcya otrzymała: Prof. Bednarski: »Les causes ed cécité chez les enfants. (Archives d'Ophtalmologie 1911 Nr 6. — Dr E. Ehrenpreis: Nieco o zaburzeniach ze strony narządu moczowego w połogu. (Odb. z Nowin lekarskich, 1911, Nr 7). — Dr H. Goldberg: 300 przypadków znieczulenia rdzeniowego zapomocą tropakokainy. (Odb. z Przeglądu chirurgicznego i ginekologicznego. Warszawa 1911). — Marie Hübner: a) Mütterheime. (Schriften des Deutschen Bundes f. Mutterschutz. Wrocław 1911). b) Jahresbericht der schlesischen Gruppe des Deutschen Bundes für Mutterschutz zu Breslau für das Jahr 1910. — X. Sprawozdanie Zarządu Stowarzyszenia »Schronienie Nauczycielek i Nauczycieli w Zakopanem za rok administracyjny 1909/10 i 1910/11.— Dr K. Helbich: Zusatz- u. Abänderungs-anträge zur Sozialversicherung. (»Ústřední Jednota českých Lékařů«. Praga).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr K. W. Majewski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 11. października 1911 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Demonstracye. 2) Prof. Cybulski: Bioelektryczne zjawiska i ich znaczenie. 3) Prof. Krzyształowicz i Dr Weber: O wlewaniach śródżylnych salwarsanu.